

尊敬的DCPS学生、家长/监护人和家人：

在华府公立学校(DCPS)，我们重视学生的身心健康。我们知道，健康的学生能更好地到校学习。我们很高兴地分享：DCPS正与当地医生、护士和华府卫生部合作，开展一个项目，支持学生的健康和学校出勤。

通过该项目--称为减少长期旷课项目或**CARE**，家长或监护人可以允许DCPS与其孩子的医生、护士和诊所工作人员安全地共享出勤信息。此信息将帮助这些医护专业人员为可能缺课的学生及其家庭提供特别的联系和医疗护理。

为什么DCPS与当地医生和护士在这个项目上合作？

DCPS和当地医疗服务提供人员享有共同的目标：让身心健康的儿童每天到校并为学习做好准备。但是，对于许多患有诸如哮喘、过敏、镰状细胞性贫血和糖尿病等疾病的学生，到校上课可能比较困难。DCPS与当地医生和护士正在合作，查看当医生和护士更多地了解孩子的到校出勤情况时，我们是否可以更好地支持学生的身心健康。最终，我们希望这个项目将帮助学生提高成绩。

这个项目将如何帮助我的孩子？

如果您的孩子可能没有到校上课，医生、护士和诊所工作人员可以提供特别的联系和医疗护理。例如，您孩子的医生可能会推荐一种新的或不同的药物来帮助您的孩子减轻症状，并更好地控制您孩子的哮喘、过敏或其他疾病。医疗护理团队还可以帮助解决影响学校出勤的其他常见问题，例如交通或儿童照看需求。

哪些学校正在参与？

在 2022-2023 学年，以下学校参与CARE： Bancroft Elementary, Cardozo Education Campus, Columbia Heights Education Campus, H.D. Cooke Elementary, Marie Reed Elementary, Powell Elementary, Boone Elementary, Burrville Elementary, Hendley Elementary, Ketcham Elementary, Savoy Elementary, Smothers Elementary, Thomas Elementary 和 Turner Elementary。选择这些学校是因为这些学校的许多学生在同一家医生诊所获得医疗护理。这使得DCPS与那些医生和护士密切合作。

如何报名？

想要报名，请签署随附的同意书并把它交给您孩子学校的注册人员。

如何了解更多信息？

如有疑问，请与您孩子学校的注册人员、学校护士或医疗服务提供人员联系。您也可以通过 healthservices.dcps@k12.dc.gov与DCPS健康和保健(Health and Wellness)团队联系。可以在以下网址查阅常见问题解答：<https://dcps.dc.gov/node/1240146>。

诚挚的，

Whitney Carrington, **MSHEP, CHES**
健康服务主管



减少长期旷课(CARE)项目同意书

健康对于在学校取得成功很重要。我孩子的学校通过减少长期旷课(CARE)项目与当地医生和护士合作，帮助学生在学校保持健康和成功。请填写以下表格以同意您的孩子参加。

我是_____的家长/监护人。
(学生姓名和出生日期)

通过在下面签名，我允许我的孩子参加CARE项目，我同意我孩子的学校或DCPS的其他人员与我孩子的医生、护士和诊所工作人员共享和讨论我孩子的出勤记录。这将允许DCPS与这些医疗保健专业人员合作，以保持我孩子在学校的健康和成功。

我确认并理解：我有机会审查将要共享的记录并有质疑此类记录内容的权利。我证明我的孩子至少不满十八(18)岁。

这份同意书在我的孩子就读DCPS期间持续有效，除非我以书面形式撤回同意。我可以随时撤回我的同意。请注意：如果DCPS希望与我孩子的医疗团队共享或讨论我孩子的学业记录的其他部分，我需要另外提供同意。

(日期)

(家长/监护人签名)

(家长/监护人当前地址)

(家长/监护人联系电话)

拒绝参加

通过在下面签名，我拒绝让我的孩子参与CARE项目，并且我拒绝与我孩子的医生、护士和诊所工作人员共享孩子的出勤记录。

(日期)

(家长/监护人签名)

(家长/监护人当前地址)

(家长/监护人联系电话)



18岁及以上的学生关于CARE项目的同意书

健康对于在学校取得成功很重要。我的学校通过减少长期旷课(CARE)项目与当地医生和护士合作，帮助学生在学校保持健康和成功。请填写以下表格以同意参加。

我是 _____。
(学生姓名和出生日期)

通过在下面签名，我同意参加CARE项目，我同意我的学校或DCPS的其他人员与我的医生、护士和诊所工作人员共享和讨论我的出勤记录。这将允许DCPS与这些医疗保健专业人员合作，以保持我在学校的健康和成功。

我确认并理解：我有机会审查将要共享的记录并有质疑此类记录内容的权利。我证明我至少年满十八(18)岁。

这份同意书在我就读DCPS期间持续有效，除非我以书面形式撤回同意。我可以随时撤回我的同意。请注意：如果DCPS希望与我的医疗团队共享或讨论我的学业记录的其他部分，我需要另外提供同意。

(日期)

(学生签名)

(学生当前地址)

(学生联系号码)

拒绝参加

通过在下面签名，我拒绝参加CARE项目，我拒绝与我的医生、护士和诊所工作人员共享我的出勤记录。

(日期)

(学生签名)

(学生当前地址)

(学生联系号码)